

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 46

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE DANS LE CANCER DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 décembre 1931

PAR

Gérard-Gilbert ROZIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à LESCAR (Basses-Pyrénées), le 1^{er} janvier 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 46

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE DANS LE CANCER DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 décembre 1931

PAR

Gérard-Gilbert ROZIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à LESCAR (Basses-Pyrénées), le 1^{er} janvier 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUX.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... GARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants... CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie... SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... CREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac. GOLSE.
Accouchements..... RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie..... CABANNES.	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON EPOUSE

Vaillante compagne de mes études,
dont l'âme et l'esprit m'ont soutenu et
vivifié par une précieuse collaboration.

A MA MERE

Témoignage de reconnaissance et de
piété filiale.

A MON PERE

Qu'il reçoive ici l'expression émue de
mon affection.

A MA CHERE SOEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

DANS LE CANCER DE LA PROSTATE

AVANT-PROPOS

Le diagnostic précoce est la vraie pierre d'angle d'une chirurgie du cancer de la prostate : tout retard rend l'intervention souvent laborieuse et ne met plus à l'abri de la récurrence postopératoire, qui est fréquente.

Le cas idéal est celui qui apporte au praticien l'inspiration et la certitude que l'acte chirurgical ne sera pas réduit, en définitive, aux proportions variées d'une biopsie illusoire, sinon dangereuse, quant à ses résultats éloignés et à la preuve clinique d'une guérison radicale. Malheureusement, ce cas ne se présente que rarement.

Le chirurgien s'occupe, le plus souvent, de prostatiques en retard, placés entre le cancer glandulaire encore relativement limité et l'adénome dégénéré non limité, mais dont la tumeur continue à donner l'impression d'être enlevable : c'est une chirurgie qui, en vérité, comporte de très nombreux aléas et ne fait pas de miracles. Elle reste cependant dictée par le désir de soulager sinon toujours par la possibilité de guérir.

L'idée directrice de notre travail est de répondre à la question suivante : quel crédit peut-on donner à la prostatectomie transvésicale, par rapport aux divers agents dont dispose l'arsenal thérapeutique moderne et aux différentes voies d'accès préconisées dans le traitement du cancer de la prostate...

Puissions-nous avoir interprété avec sagesse les constatations faites à l'école du Maître, M. le Professeur Duvergey, qui nous honore en présidant cette thèse et que nous remercions.

Notre reconnaissance va aussi tout particulièrement à son chef de clinique, M. le Docteur Blanc, ancien assistant d'un autre grand Maître de l'urologie française, M. le Professeur Marion.

PREMIÈRE PARTIE

LE CANCER DE LA PROSTATE

CHAPITRE PREMIER.

LE CANCER DE LA PROSTATE N'EST PAS RARE

Langstaff publiait la première observation en 1817.

Nous relevons, entre autres statistiques :

- 18 cas signalés par Thompson en 1861;
- 45 cas par Jolly en 1869;
- 28 cas par O. Wyss en 1886;
- 114 cas par Engelbach en 1888;
- 450 cas par Gérahty en 1922;
- 1.000 cas par Brumpus en 1926;
- 100 cas par Schuler en 1927;
- 500 carcinomes et 5 sarcomes sur 3.000 hypertrophies par Young en 1929.

Cette progression croissante indique bien que l'on apprend à soupçonner davantage le cancer prostatique et à mieux le diagnostiquer. De plus, Gérahty, sur les 450 cas précités, établissait que, dans 25 p. 100 des cas, le cancer évoluait seul; que dans 75 p. 100 des cas, il était associé à une hypertrophie.

Le pourcentage de cancer par rapport aux affections prostatiques oscille actuellement entre 9,5 (Oraison) et 21 (Gayet).

Les statistiques de l'hôpital Necker marquent 9 p. 100, Smith 16 p. 100, Davis 20 p. 100, Kümmel 20 p. 100, Wilson 19 p. 100, Wilms 20 p. 100, Freudenberg 10 à 15 p. 100, Albarran 14 p. 100, Guyon 9 p. 100, Young 20 p. 100, etc. Ces statistiques ne prennent cependant pas la valeur de lois; leurs chiffres, parfois élevés, s'expliquent par le fait que les urinaires atteints de cancer de la prostate finissent leur existence dans les services hospitaliers plus souvent que ceux atteints d'hypertrophie banale; aussi, dans leur interprétation, il faut se souvenir qu'il y a, pour plusieurs d'entre elles, des cas d'autopsie.

Enfin, si nous recherchons le pourcentage des cancers prostatiques par rapport aux cancers en général, nous trouvons une moyenne de 0,3 p. 100. C'est ainsi que Winniwarter sur 290 cancers trouve 1 cancer prostatique (0,3 p. 100).

Le Comité allemand du cancer sur 4.454 cancers en trouve 29 (0,7 p. 100).

Steinhaus, à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, sur 5.514 autopsies en trouve 4; à l'Institut de Munich, sur 5.777 autopsies 29; et, en 1929, Puerckhauer, sur les 12.000 autopsies pratiquées à l'Institut pathologique de l'hôpital de Munich, entre 1910 et 1927, découvre 55 cas.

CHAPITRE II

L'ETIOLOGIE DU CANCER DE LA PROSTATE EST-ELLE CONNUE ?

Non. Elle se rattache à la question de l'étiologie du cancer en général. Malgré les magnifiques recherches anatomo-pathologiques entreprises depuis près d'un demi-siècle, malgré l'intuition géniale d'Albarran et Hallé, on n'a pas tiré au clair le secret biologique efficient de cette néoplasie.

Aussi sommes-nous réduit à indiquer succinctement ce que l'on est convenu de désigner sous le nom :

1° de causes prédisposantes :

- a) l'âge : 50 à 75 ans;
- b) l'adénome, rattaché au type « d'épithélioma adénoïde ».

2° de causes occasionnelles :

- a) l'involution nécrobiotique adénomateuse;
- b) par antécédents infectieux génito-urinaires chroniques et troubles de la sécrétion;
- c) la tératologie embryonnaire.

Les autopsies pratiquées par Neller et K. Neubürger, à la suite de Runge (1909), Tietze (1911), Simmonds (1918), permettent d'établir l'existence de proliférations épithéliales atypiques chez 48 p. 100 des vieillards, et qu'à partir de 60 ans une prostate sur quatre serait susceptible de dégénérer en carcinome.

Soulignons le rôle certain de l'adénome, dont la fréquence monte de 20 p. 100 entre 50 et 55 ans, à 50 p. 100 entre 60 et 70 ans, 82 p. 100 entre 73 et 82 ans (Péréarnau).

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Trop souvent encore, il n'est donné au praticien de procéder au toucher intra-rectal et de tomber sur un cancer qu'autant que la prostate aura enfin obligé le vieillard à médire de sa vessie ou d'un ancien rétrécissement blennorragique : en cette période d'état, le doute ne saurait exister.

Mais, au début d'une genèse néoplasique, le diagnostic apparaît très difficile : il tient essentiellement à ce flair que la kinésie digitale éveille chez un praticien expérimenté et averti : un signe, un seul signe, surveillé, devient le fil d'Ariane, d'autant que les lésions peuvent être extrêmement localisées, discrètes, et le cancer bien limité.

Le hasard d'un examen complet a souvent révélé le mal.

I. — Initialement, symptomatologie pauvre.

CANCER FERMÉ.

A. SIGNES PHYSIQUES. — Une variation du volume, une augmentation seule n'est rien ; le durcissement ligneux est tout ; l'association ou la corrélation de ces deux signes devient pathognomonique.

Ajoutons le bossellement envahissant d'un lobe prostatique.

Il n'y aura pas un index lymphatique, par suite de l'impossibilité d'atteindre les ganglions au doigt.

Conclusion : Toute progression perceptible, aggravation de tel ou tel signe physique, fait aux trois quarts le diagnostic de dégénérescence maligne probable, puisque l'adénome, s'il existe, nous expose à la transformation.

B. — SYMPTÔMES FONCTIONNELS : Chronologiquement, ils existent, mais sont encore mal contrôlables ou pas contrôlés.

a) Il n'y a pas de douleur intraglandulaire.

Douleur = névrite capsulaire et extracapsulaire, névralgie périphérique. On aura d'autant plus de chances d'avoir affaire à un stade initial que la douleur sera moins spontanée, moins vive, moins irradiée. Plus elle deviendra focale, gravative et tenace, plus on chemine dans l'évolution, car toute douleur cancéreuse avance, en général, lentement mais infailliblement.

b) Mais traces constantes d'hématurie.

Capricieuse, intra-urétrale, telle ou telle éjaculation sanguine perlée sera balayée et diluée dans les nombreuses mictions; cependant, un petit caillot moulé pourra être expulsé : la recherche en est difficile.

c) Simultanéité rapide d'une plus grande fréquence et d'une plus grande difficulté à uriner, comme dans l'adénome.

Le patient commence à oublier et à ne plus pouvoir donner le coup de piston : cette dysurie lui semble un signe de vieillesse; il ne soupçonne rien et s'accommode longtemps de cet état.

d) La vésiculite (secondaire) serait un bon signe de cancer prostatique (Marion).

e) L'anurie (premier symptôme) est exceptionnelle.

II. — Période d'état.

CANCER OUVERT.

Augmentez, dans des délais variables, l'intensité et la fréquence des signes; substituez à une algie de pesanteur une douleur, à la douleur des douleurs; à l'émission sanguine microscopique, occulte, l'hématurie habituelle, plus abondante, initiale ou terminale; à la dysurie avec pollakiurie la rétention; à la conservation d'un bon état général un amai-

grissement, un fléchissement sensible, il sera aisé de songer à la dégénérescence néoplasique, *vu l'âge du malade*, et, avant même de pratiquer un toucher, combiné au palper hypogastrique, à vessie vide, qui nous fixera sur la perte absolue de l'élasticité, et vérifiera, plus ou moins nettement, l'épaississement ou infiltration cartonnée de la région du bas-fond vésical.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

La cystoscopie et l'urétroscopie sont du ressort du *spécialiste*.

La radiographie (Burckhardt et Flörchen, 1910), la pneumopéricystographie (Fflammer, 1926), ne sont point applicables couramment.

Le laboratoire n'a pas donné de réaction spécifique.

Citons Legueu et Morel (1914), qui établissaient l'identité : polynucléose + hypo éosinophilie = cancer; hyper éosinophilie avec taux normal des polynucléaires = adénome.

En résumé :

Chez un homme âgé :

- a) *Durété ligneuse = néoplasme;*
- b) Douleurs + dysurie = chances d'un cancer glandulaire;
- c) Dysurie + douleurs + douleurs = chances d'un adénome cancérisé.

Notion utile à se remémorer, car, nous le verrons plus loin, il vaut mieux avoir à intervenir sur des adénomes péri-urétraux en dégénérescence que sur des cancers glandulaires; leur discrimination mérite d'être approfondie : elle est liée à l'existence spéciale précoce mais élective de prolongements lymphatiques dont la recherche constitue le temps le plus délicat et le moins sûr de l'exploration.

Longtemps, l'adénome et le cancer ont des signes physiques mitoyens; ils sont presque toujours complices par leurs symptômes fonctionnels.

Diagnostic.

Le diagnostic différentiel devra être fait :

1° Principalement, d'avec l'adénomite noueuse simple, franche : si nous avons affaire à un ou des noyaux durs, adhérents, dans une tumeur grosse, lisse, régulière, de consistance rénitente, ne donnant rien à l'expression. Mais alors nous nous trouvons en présence d'un *ancien prostatique*, à poussées congestives douloureuses, avec alternatives d'augmentation et de diminution du volume de la prostate; polynucléose même; peut-être un ou des abcès, au cours de la vie.

2° Prostatite pseudo-néoplasique (Marion) : Tuberculose à prostate, en général petite, plate, avec semis de granulations dures : grains de plomb. En effet, il est des cas où l'examen révèle un lobe prostatique dur comme de l'acier, régulier et lisse comme une amande, siège de douleurs spontanées et provoquées, en général très vives.

Il pourra venir à l'esprit de penser à un cancer; mais si l'on a conseillé l'extirpation transvésicale des lobes prostatiques, l'erreur sera rectifiée la plupart du temps par l'étude anatomo-pathologique, et l'indication opératoire aura été opportune.

3° Le sarcome : jamais après 50 ans. Tumeur maligne du tout jeune âge.

CHAPITRE IV

EVOLUTION

A. — DANS LE TEMPS :

Evolution :

a) lente;

b) rapide, suivant les modalités d'espèce.

Jamais à l'allure du sarcome. En moyenne : deux à trois ans.

Nous relevons dans diverses publications :

Young : deux à trois ans.

Thompson : un an et demi à cinq ans.

Burkhardt : un an et demi à deux ans et demi.

Watson : six à dix-huit mois.

Wolf. Socin : un an et demi à deux ans et demi, etc.

Les classiques notent aussi des cas à marche extraordinairement lente :

Desnos : 1 cas : douze ans.

Young : 2 cas : sept ans; 2 cas : dix ans; 2 cas : treize ans.

Motz : 1 cas : dix ans, etc.

Parfois, des rémissions chimiques.

Le praticien doit en tenir compte dans l'appréciation des résultats d'un traitement.

Comment se *défend* l'organisme contre un cancer ? Nous ne le savons pas.

B. — DANS L'ESPACE :

Premier stade. — Le noyau cancéreux, guêpier des cellules géantes néoplasiques, débute ou bien dans une prostate de dimensions normales ou bien dans une prostate grosse. Il se localise, le plus souvent, dans la région postérieure de la glande, immédiatement sous la capsule (Young).

Deuxième stade. — Alvéoles, parenchyme, adénomes (s'ils existent), région vésicale postérieure et couches profondes de l'enveloppe aponévrotique subissent tacitement l'imprégnation; de proche en proche, dans ces tissus en déséquilibre biologique, les nombreuses anastomoses lymphatiques s'engorgent d'une véritable sève cancéreuse, atteignant de chaque côté, toujours de bas en haut et en arrière, le long des cornes prostatiques, sous l'aponévrose de Denonvilliers qui les clive, l'espace prostatovésiculaire et donnant une sorte de capitonnage par lymphangite avec réaction inflammatoire de sclérose. Plus ou moins vite, les vésicules séminales sont crépies par des adhérences plastiques; les régions interstitielles finissent par être comblées : le carrefour lymphatique est pris.

Troisième stade. — Prostate et vésicules sont bloquées dans le petit bassin. Cliniquement, il n'est plus facile de capuchonner au doigt le pôle supérieur de la prostate remontée et de bien tâter les vésicules séminales qui sont en rétention. Un cathéter introduit dans l'urètre n'est plus perçu au toucher rectal (Chevassu).

Doit-on parler des ganglions ?

Leur description est inhérente à l'évolution des cancers en général : ganglions présacrés, chaîne iliaque, hypogastrique, pré et juxta-aortiques, relai de Sappey placé entre le trou sous-pubien et le détroit supérieur, sont les premiers à subir l'essaimage cancéreux, même avant d'avoir présenté des modifications sensibles de volume. Ils doivent, *a priori*, toujours être tenus pour suspects.

Quatrième période de complications. — Sous ces poussées de diffusion par voie mixte lymphatique et veineuse, l'at-

mosphère cellulo-graisseuse, le trigone, le plancher vésical, le tissu conjonctivo-musculaire prérectal, exceptionnellement ou très tardivement la muqueuse rectale, subissent une infiltration étendue, car l'envahissement se fait vers *toutes les ouvertures du bassin*, produisant une *migration générale* métastatique :

- 1° ganglionnaire (sacrée, inguinale interne, sus-claviculaire);
- 2° osseuse (sacrum, os iliaque, corps vertébraux, fémur, crâne);
- 3° viscérale (foie, plèvre et poumons, péritoine, reins);
- 4° (exceptionnellement) : urètre (Kaufmann-Perrier) et corps caverneux (Taillefer).

On peut se demander comment il se fait que la prostate, de par ses connexions avec les canaux éjaculateurs, ne soit pas davantage et plus rapidement un relais habituel de progression néoplasique à l'épididyme et aux testicules.

Le terme « métastase », quoique universellement consacré à l'évolution des tumeurs malignes, apparaît impropre, puisque, étymologiquement, il implique l'idée d'un foyer primitif atténué ou guéri lors de la localisation secondaire. En médecine, par exemple, le rhumatisme cérébral réalise le type d'une métastase... Ce n'est plus le cas dans la pathogénie évolutive des tumeurs malignes : le foyer primitif ne disparaît pas lorsque, déjà, des foyers secondaires plus ou moins éloignés sont formés.

CHAPITRE V

ANATOMO-PATHOLOGIE

Le cancer est une maladie cellulaire.

La classification générique des tumeurs malignes de la prostate se rattache :

- 1° au cancer prostatique primitif, glandulaire (schéma n° 1, d'après Marion, voir p. 23);
- 2° à l'adénome cancérisé avec noyaux épithélioma-teux limités (schéma n° 2);
- 3° à l'adénome dégénéré non limité, cancer total, cancer double (schéma n° 3);
- 4° à la carcinose prostatopelvienne diffuse de Guyon.

MACROSCOPIQUEMENT. — La pièce opératoire présente la teinte gris blanchâtre, l'aspect lardacé de l'épithélioma, sans enveloppe fibreuse, sans ulcérations; en coupe, peu ou pas de suc de raclage; quelques plages de nids caséeux, avec parfois de petits points jaunes ou graisseux, sortes de noyaux suspects de nécrose.

La section révèle quelques formations atypiques qui pénètrent avec désordre un parenchyme prostatique fantôme où disparaissent des noyaux, du type adénome.

MICROSCOPIQUEMENT. — Dans les formes primitives, où cancer et adénome semblent vivre en saprophytisme, le cancer pas plus que l'adénome n'est pas toujours une entité anatomo-pathologique parfaitement claire. Il suffit de se rapporter à la subdivision en fibrome, fibro-adénome, adénomyome, adénome typique (tumeurs bénignes) et adénome

atypique, adéno-carcinome, carcinome alvéolaire (tumeurs malignes), avec formes pseudo-kystiques (Docteur Blanc), pour en saisir le polymorphisme.

« Que sont les formes intermédiaires, dit Verhoogen; à quoi distinguera-t-on leur malignité ?... Cette malignité n'est pas une propriété morphologique, mais un caractère biologique reconnu à certaines modifications, à certaine atypie de la structure, de la répartition, de la disposition des cellules épithéliales, à l'infiltration des tissus voisins. Dans les formes extrêmes (adéno-carcinome, cancer alvéolaire), nous découvrons ce critère; dans les formes de transition où l'atypie n'est pas nette, l'erreur reste facile. » Cette vision, cet examen au microscope du chantier prostatique en remaniement, peuvent-ils, du moins, nous indiquer, de façon certaine et absolue, la rapidité et la vie des lésions ? Les relations connues entre *la structure histologique et l'évolution clinique* « *postopératoire* » nous enseigneraient-elles une mathématique générale du pronostic, rétrospective, comme semble y autoriser « l'index de malignité », étudié récemment par Broders dans les formes de transition des épithéliomas superficiels ?

Scholl et Verbrugge distinguent deux degrés histologiques de la « malignité » intrinsèque : l'un, moins élevé, rattaché au type des prostates larges, noduleuses, très dures et donnant lieu à des symptômes de sténose très marqués; l'autre, au type des petites prostates fibreuses, squirrheuses et très fermement adhérentes. Sur 100 cas de la Clinique Mayo, 50 p. 100 des opérés appartenant au premier groupe étaient en vie de un à six ans après la prostatectomie et 40 p. 100 parmi ceux qui sont morts avaient eu une survie de trois ans; d'autre part, aucun de ceux appartenant au deuxième groupe ne vécut plus de trois ans, et 50 p. 100 parmi eux moururent après l'intervention.

En définitive, mieux que l'examen anatomo-pathologique, le premier et le plus fidèle indice qui puisse infirmer ou légitimer l'acte opératoire sera la *facilité* ou la *difficulté* à pra-

tiquer l'ablation totale de la tumeur, de ses greffes et prolongements; l'exérèse — mieux, l'éradication — restant, par ailleurs, le traitement actuel de choix, il convient d'en pousser les indications jusqu'aux limites extrêmes de l'opérabilité.

Rien n'a pu être ajouté à cette magistrale description de la néoplasie adénomateuse, faite en 1907 par Albarran, contre laquelle s'est élevé Young, en publiant les résultats des recherches anatomo-pathologiques de Géraughty :

« Dans nos observations, l'adénome devient épithélioma, et le microscope permet de suivre les phases de cette évolution. C'est au sein d'un lobule adénomateux que l'on voit naître le nodule d'épithélioma adénoïde; il s'en détache sous la forme d'un bourgeon saillant encapsulé d'un côté, continu de l'autre, par des transitions insensibles avec ce lobule adénomateux proliférant. Entre le lobule adénomateux et le lobule typique d'épithélioma adénoïde, tous les degrés intermédiaires de la prolifération glandulaire se rencontrent. » Ce nodule d'épithélioma adénoïde se présente sous la forme de petits noyaux, grenus, corps sphéroïdes, disséminés dans la prostate hypertrophiée; on y voit des tubes épithéliaux ou boyaux cellulaires nombreux, étroits, serrés les uns contre les autres, mais séparés par de fins tractus conjonctivo-musculaires, disposés sans ordre et remplis plus ou moins par un revêtement continu de cellules épithéliales disposées sur deux ou plusieurs rangs, toutes semblables, ou, au contraire, les unes basses, cubiques; d'autres plus hautes, polyédriques ou presque cylindriques; quelques noyaux apparaissent en voie de karyokinèse, avec ou sans membrane basale; autour de ces cellules, quelques proliférations considérables de cellules superficielles de revêtement prennent un aspect clair, avait constaté Fournier. Ce chantier en transformation prouve les remaniements que subit le stroma lui-même; se raréfiant, s'effilochant, ne résistant plus au désordre des productions néoplasiques envahissantes, la musculature prostatique disparaît comme étouffée, dissociée en mince

filigrane. On chercherait vainement des traces du sphincter interne, lisse, dans beaucoup de cancers du type alvéolaire ou encéphaloïde.

De façon générale, aucune tumeur ne ressemblerait plus à un cancer de la prostate que le cancer du sein. Cette séméiologie histologique illustre l'idée de Kapuste, qui, dès 1885, présentait que l'hypertrophie pût faire le lit au cancer.

TOPOGRAPHIE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

SCHEMAS

d'après MARION



I.

CANCER PROSTATIQUE GLANDULAIRE.

AVEC ou SANS

ADÉNOME.

2 cas / 48. (publication 1926.)

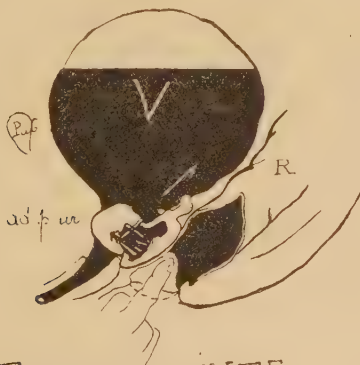


II.

CANCER soit disant PROSTATIQUE

ADÉNOMATEUX en réalité.

6 cas / 48.



CANCER MIXTE,

ayant débuté soit dans la prostate
soit dans un adénome, mais
ayant fini par envahir les deux
portées

40 cas / 48.

CHAPITRE VI

FORMES CLINIQUES

En pratique, nous voyons plusieurs catégories de malades :

TYPE I. — Malades porteurs d'un adénome typique, bien limité, mais présentant en un point un noyau suspect ou nettement épithéliomateux.

TYPE II. — Malades présentant une forme néoplasique diffuse, soit qu'il s'agisse d'un adénome dégénéré dont on ne perçoit plus les limites (tumeur volumineuse, bosselée, irrégulière), soit qu'il s'agisse d'un cancer glandulaire diffus, véritable plaque de blindage prérectale, sans aucune limitation.

TYPE III. — *Malades intermédiaires à ces deux types* (nombreux cas) :

- a) présentant un épithélioma glandulaire net mais semblant encore limité;
- b) présentant un adénome dégénéré dans sa totalité, mais limité;
- c) présentant un adénome dégénéré mais donnant l'impression que, localement, la tumeur sera enlevable et faisant conseiller, dès lors, l'intervention, s'il n'y a pas de douleurs permanentes, dont la raison apparaît mal.

TYPE IV. — Enfin, il est une catégorie de malades dont nous ne parlerons pas. Ce sont ceux chez lesquels le diagnos-

tic d'adénome est posé en raison des caractères cliniques de l'hypertrophie prostatique, et chez lesquels, à l'opération, on rencontre des difficultés inattendues, en raison de l'absence d'un plan de clivage net comme dans l'adénome pur, et dont la coupe de la pièce enlevée montre une dégénérescence épithéliomateuse confirmée par le laboratoire.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENTS

Il y a des cancers opérables.

Il y a des cancers inopérables, parachirurgicaux : vieillards cachectiques, infectés ou présentant une tumeur étendue ou des métastases; au delà de 65 ans, s'abstenir, à moins d'une vigueur exceptionnelle; enfin, cancers très avancés.

I

Quand ? Où ? Comment intervenir ?

QUAND ? — *Il est certain que nos malades du type III courent les risques d'une atteinte des lymphatiques ou des ganglions.* Cependant, comme rien ne nous en révèle la réalité, au début, la masse circonscrite à la loge prostatique étant enlevable, l'opération faisable, *il faut la tenter*; d'autant qu'il existe en tout dernier lieu une possibilité d'erreur de diagnostic (prostatite chronique, justiciable de l'excèse...).

Un soulagement, dans les « cas mauvais », la guérison, ne sauraient être spontanés ou naturels et nécessitent une intervention rationnelle capable de donner les *chances* de se ressaisir à un organisme qui pâtit considérablement d'un déséquilibre fonctionnel dans une de ses glandes à un âge « critique » et au carrefour urinaire.

Où ? — Nous préconisons la *prostatectomie*, dite extra-capsulaire, *transvésicale*.

COMMENT ? — Ayant protégé l'acte chirurgical par un examen général minutieux complet (un cœur en instance d'asystolie; un rein déficient ou fragile; un foie cirrhotique, etc., pouvant devenir une contre-indication formelle à cette opération grave, car le vieillard cancéreux a une résistance très diminuée), il convient de pratiquer une cystostomie avec prostatovésiculectomie s'il s'agit d'un cancer glandulaire ou mixte; avec prostatectomie seule s'il s'agit d'un adénome dégénéré limité.

POURQUOI ? — La prostatectomie transvésicale — malgré les griefs qu'on lui oppose — reste une voie rapide qui supprime *l'obstacle*, et, bien mieux que par la voie périnéale, même dans les cas avancés, *immédiatement les opérés profitent vraiment de leur guérison*; le choc n'est pas spécialement plus grave, l'hémorragie plus abondante, l'ablation des vésicules plus difficile; le champ d'action moins large, l'extirpation moins complète; par ailleurs, on ne risque pas de blesser le rectum.

La cicatrisation se fera parfois avec une rapidité surprenante et il ne se produira qu'exceptionnellement fistule ou incontinence. Marion a établi que, seule, la voie haute est capable de permettre à 60 p. 100 des opérés de conserver la miction jusqu'au bout. S'il y a alitement prolongé, le patient bénéficiera toujours plus commodément du décubitus dorsal : la propreté d'un pansement, les soins hygiéniques du corps étant facilités et contrôlés, la survie ne devient pas une pitoyable infirmité, mais une *détente heureuse*. Homologuée par quelques malades à l'opération de Freyer pour hypertrophie banale, ceux-ci en conçoivent souvent un espoir et moins d'appréhensions à la cérémonie chirurgicale, telle ou telle guérison de leurs familiers restant à leur souvenir.

Desnos (1894), Fuller (1897), Gayet (1903), Loumeau (1906), Hartmann, Harrisson, Tuffier, Boddaërt (1907), Carlier, Leriche (1909), Duvergey, Marion, Blanc, etc., ont pratiqué la *prostatectomie transvésicale pour cancer*.

II

Cependant, tous les urologues ne partagent point nos vues.

D'aucuns proposeraient à nos *malades du type III* la *prostatectomie périnéale*, dont l'historique connaît de grands noms : Billroth (1867), Demarquay (1873), Spanton (1882), Albarran (1900), Young (1905), Gérahty, Pousson, Wildboltz, Legueu, Heitz-Boyer, Marion, etc., etc.

Ou même, un très petit nombre, la voie coccygienne, suivie par : Dittel (1890), Bœkel (1908 : mobilisation temporaire du rectum), Verhoogen (1909 : résection du coccyx), Voelker (1911 : voie pararectale), Gayet (1912 : voie coccyx-périnéale), Demarquay, Socin, Jaboulay (voie trans-ano-rectale), Mercier et Gouley (New-York : voie urétrale).

III

D'autres se rallieront aux divers agents physiques. Jetons un rapide coup d'œil sur les diverses voies suivies dans cet ordre d'idées.

A. — LE RADIUM.

Pasteau et Degrais ont été les promoteurs du traitement.

Il est aisé d'appliquer les tubes radifères, soit : 1° à travers la vessie, après taille sus-pubienne; 2° à travers le périnée, soit par ponction au trocart (Marion), soit en découvrant la prostate et en plantant un tube dans chaque lobe : épingle; 3° dans les voies naturelles : urètre, rectum.

On peut disposer en feux croisés plusieurs éléments de radium.

Pasteau et Degrais : Une sonde à béquille fenêtrée, par où regarde un tube de 2 à 5 centigrammes de sulfate de radium, était introduite, par voie urétrale, deux, trois, quatre heures tous les trois, quatre, six jours, avec repos de trois semaines après une série de six applications.

Il semblait à Pasteau, en 1911, que le traitement par le

radium était même capable de réduire de telle façon une prostate inopérable qu'une prostatectomie secondaire pouvait être faite sans dangers.

Marion n'a pas eu de résultats encourageants en plaçant, par voie urétrale, une sonde qu'il a imaginée pour contenir 40 centigrammes de radium, mis en place douze heures, à cinq reprises espacées de quinze jours à trois semaines, dans les cas de cancer mal limité.

50 milligrammes de radium-élément, laissés quarante-huit heures, six jours environ après l'intervention chirurgicale, n'ont pas donné de meilleurs résultats.

Gayet emploie un tube $\text{RaBr}_{22}\text{H}^2\text{O}$ de 49 ou 50 milligrammes, contenant 53 p. 100 de radium-élément. Application simultanée de deux tubes. La valeur des doses calculées en millicuries détruits varie entre 9, 18 à 27, en quatre fois, et 36 en trois fois.

Chauvin, Blanc, ont pratiqué l'épingleage, après découverte périnéale de la prostate, avec 12 aiguilles de 2 milligrammes laissées en place huit ou, le plus souvent, dix jours.

On peut réaliser une triple filtration, dans la voie rectale, par des tubes de platine, d'argent et de caoutchouc.

Le Fur a profité de la cystostomie avec succès pour l'application intralobaire de séries d'aiguilles.

Géraghty a atteint 2.000 à 2.500 milligrammes-heure de radium, par une capsule de platine contenant 400 milligrammes, une heure par jour, durant trois jours, jusqu'au total de dix à quinze heures, par le rectum, et de cinq heures par l'urètre. Malheureusement, dans environ 25 p. 100 des cas, il y eut des « phénomènes de rectite assez intenses, pour durer six mois et nécessiter parfois une colostomie », d'où une nouvelle méthode préconisée : 1° aiguilles intralobaires transpérinéales (12,5 à 20 mg. R.-E.), donnant 500 à 1.000 milligrammes-heure; 2° voie urétrale, 500; 3° voie rectale, 4.000. Affirmant la radium-résistance de l'adénome, Géraghty complète par une prostatectomie périnéale.

Les statistiques de Middlessex Hospital, à Londres, publiées

rent 24 morts pour 24 admis et opérés; 36 morts pour 68 admis et traités par la curiethérapie. Benjamin S. Baringer a eu recours à des méthodes diverses d'irradiation dans 27 cas que Young avait refusé d'opérer : sa statistique nous paraît brillante : « 2 malades, écrivait-il, étaient vivants au bout de treize ans, 2 au bout de sept ans, 70 p. 100 étant apparemment en bonne santé cinq ans après avoir quitté l'hôpital. »

Rareté des résultats définitifs favorables, absolument nets; pas de guérison fonctionnelle, malgré des modifications ordinaires de forme et de consistance des vésicules et principalement de la prostate; possibilité de phénomènes douloureux après les irradiations et même d'un coup de fouet imprimé, variablement, aux lésions, surtout si les doses de substances radioactives sont insuffisantes (Wilms); survie ne pouvant être espérée que pour un quart des malades traités; nécessité de dispositifs spéciaux et onéreux, tel nous apparaît être le bilan *actuel* de la curiethérapie, pratiquée avant, seule, ou après intervention chirurgicale.

B. — RADIOTHÉRAPIE PROFONDE.

A. et L. Imbert.

A. Soilaud et W. E. Costelow (Los Angeles, 1924), implantent des aiguilles de radium dans la glande et irradient de rayons X, à courte longueur d'onde, la glande et le voisinage, en évitant l'érythème prostatique (voltage de 200.000 volts ou plus, avec filtration à travers 1 millimètre de cuivre et radiation à 50 centimètres de la peau).

Orren W. Wyatt conseille l'application des rayons X quinze jours avant l'opération, car « plus les cellules sont de nature embryonnaire, plus l'action des rayons X est grande ».

Isaac Lewin (1924) conseille l'application postopératoire de rayons X.

En réalité, les résultats *actuels* sont décevants. Ce traitement est à déconseiller, surtout dans les états de cancer dif-

fus, car il n'y a ni cure du néoplasme ni ralentissement. Temps perdu, argent perdu.

Les rayons X ne produisent-ils pas, par ailleurs, parfois, des troubles cellulaires trophiques; ne deviennent-ils pas, dès lors, une arme à double tranchant ?

C

Bayet a souvent employé 100 milligrammes de mésothorium filtrés avec 3 millimètres de plomb, douze à quatorze heures, par séances de deux à quatre heures.

Insuccès.

Que dire du cuivre colloïdal, de l'électrosélénium, de la sérothérapie, du vaccin anticancéreux de Rubens-Duval ? Qui les préconiserait à l'heure actuelle ?

IV

Enfin, *certaines chirurgiens laisseront tranquilles nos malades*, qu'ils considèrent incurables ou dangereusement opérables.

L'abstention, prudente pour les uns, est facile pour d'autres :

Oraison dit avoir essayé sans succès l'extirpation, l'application de radium par voie transvésicale, transpérinéale, transrectale; la radiothérapie pénétrante et demi-pénétrante. En règle générale, il ne pratique plus d'intervention chez les non-rétentionnistes; la simple cystostomie définitive chez les rétentionnistes lui donnerait les meilleurs résultats.

Pousson n'intervenait que si le néoplasme était très nettement circonscrit; mais devant les aléas de ses résultats opératoires, dans les cas où la prostate était envahie dans sa plus grande partie, il pratiquait la cystostomie.

Legueu, en 1923, se ralliait très souvent à la cystostomie : ni radium, ni irradiation profondes, ni exérèse, car « il est regrettable de tenter une opération dont on peut à l'avance escompter l'impuissance et l'inutilité ».

Raffin estimait que toute prostatectomie était interdite aux cancéreux.

Cathelin est allé jusqu'à dire que les interventions pour cancer prostatique sont des techniques d'amphithéâtre.

La plupart des abstentionnistes invoquent avec une part de vérité les redoutables coups de fouet ou traumatisme chirurgical donné aux lésions néoplasiques, les graves difficultés de la technique opératoire, *les récidives*, le point mort de guérisons, le petit nombre de survies prolongées, le chiffre de la mortalité opératoire, la très réelle gravité et les très mauvais résultats publiés.

V

Que dire dès lors d'une simple cystostomie ?

Cystostomie de nécessité, cystostomie temporisatrice ou cystostomie définitive ?

Mac Gill et Poncet pratiquaient en 1888 la première cystostomie; Debove, Perrier, Legueu, Le Fur, Oraison, Duvergey, Marion, etc., l'ont étendue au cancer.

L'établissement d'un canal vésico-cutané sus-pubien réalise, certes, un urètre contre nature, de sûreté, parfois très utile. Ce cathétérisme au bistouri a les caractères d'une opération très rapide, réduit au minimum le choc et décharge momentanément ou d'urgence la toxicité des bas-fonds vésicaux.

Poncet a eu raison de dire que s'il y a des cystostomisés cancéreux emportés par des lésions graves de leur appareil urinaire, ils ont souvent succombé, *malgré* l'opération et *non* par elle.

Traitement palliatif des formes diffuses du cancer prostatovésical, la cystostomie est d'une indication formelle dans les troubles sérieux de l'excrétion urinaire avec souffrances insupportables. Cependant, une objection demeure : le chirurgien consent à laisser de grosses lésions évoluer *in situ*. Le syndrome douleurs, lié à l'extension du néoplasme, ne saurait donc disparaître. Il convient d'avertir le patient que l'intervention s'appliquera, avant tout, à l'évacuation vésicale indispensable.

TROISIÈME PARTIE

La prostatectomie transvésicale nous apparaît rester une bonne opération pour cancer. Anatomiquement et physiologiquement, nous profitons des avantages d'une cystostomie et échappons à de nombreux inconvénients de la voie périnéale. La seule contre-indication serait une diffusion périprostatique ou périvésiculaire. L'induration d'une petite vésicule séminale, rétractée, « encore nettement circonscrite et limitable », n'en constitue pas une deuxième, mais elle est à la limite raisonnable de l'opérabilité.

I. — Esprit de la méthode et sa réalisation.

A. — QUEL EST L'ESPRIT DE LA MÉTHODE ?

Celui de toute chirurgie curative idéale appliquée au cancer : réaliser une intervention qui passe dans une marge étendue de tissus sains, loin du cancer : atteindre si possible un plan de clivage anatomique dans la loge prostatique, pour n'être point réduit au morcellement de la tumeur et à une extraction pénible de quelques noyaux néoplasiques; ne rien laisser subsister de la coque cancérisée; remonter le plus haut possible au carrefour vésiculaire. Comme dans un Wertheim ou un Willy-Meyer, ne point être conservateur, on serait complice de la récurrence; c'est l'état de la loge prostatique restante qui conditionne la guérison.

La cure radicale tient à ce prix, et les griefs portés contre

tel ou tel cas de prostatectomie transvésicale se rattachent à l'un ou l'autre manquement à la règle.

B. — QUELLE EN EST LA RÉALISATION ?

La technique doit parer à deux éventualités :

a) *Le plan de clivage existe :*

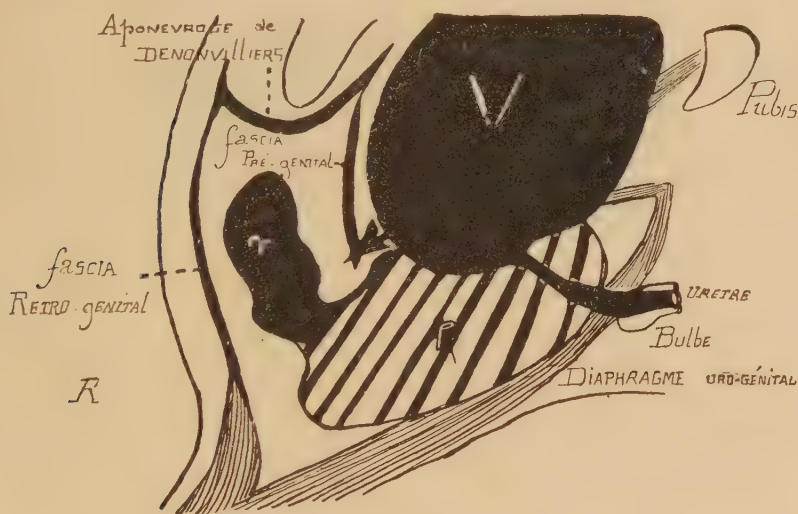
- 1° On arrive à bien décoller en avant et des deux côtés.
- 2° Rompre l'urètre par section du canal en aval du bec prostatique, plus bas que dans le Freyer, pour emporter le veru montanum; la musculature de la glande forme un tout avec la musculature de la portion prostatique de l'urètre.
- 3° Garder pour la fin les pédicules vésiculaires, facilement individualisés et retenus par les canaux déférents, qu'il suffit de sectionner ou de rompre.
- 4° Vérifier les uretères.
- 5° Amener toute la masse, si possible, en bloc, en une fois.
(Voir schéma de la page 40.)
- 6° Tamponnement dans la fosse sous vésico-prostatique.
- 7° Drainage.

Durée de l'opération : vingt minutes, en moyenne.

Précisons ici un point de technique générale.

Dans toute prostatectomie totale, l'ablation des annexes, c'est-à-dire vésicules séminales et déférents, est parfaitement possible et facile, surtout dans l'adénome, trouvant un vrai plan de clivage derrière la glande prostatique elle-même. « Toutefois, dit Blanc, le décollement de l'organe étant terminé au doigt, il est nécessaire de sectionner aux ciseaux, très prudemment, cela va de soi, les déférents, qui maintiennent le bloc en arrière; la possibilité de l'extirpation des vésicules séminales par voie hypogastrique transvésicale, qui semble difficile, *a priori*, sans causer de graves désordres, résulte de leur disposition anatomique. »

Les vésicules séminales situées en arrière et au-dessous de la cavité vésicale, en avant du rectum, sont, en effet, contenues dans un dédoublement du tissu conjonctivo-fibreux de Denonvilliers. Elles sont logées dans une sorte de cavité dense, connue sous le nom d'aponévrose prostatopéritonéale, virtuelle à l'état normal, limitée en avant par un fascia d'accolement pré-génital qui les sépare de la vessie, et,



en arrière, par un autre fascia d'accolement rétro-génital qui les sépare du rectum. Ces deux fascia vont se perdre, le premier sur la base de la prostate, le second sur la face postérieure de la glande. Il suit de là que la vésicule se trouve placée dans une sorte de *logette celluleuse*, qu'elle peut, suivant qu'elle est plus ou moins remplie, occuper plus ou moins complètement (Pasteau). Il faut dès lors entrer dans cette logette rétro-vésicale, sus-prostatique, pour détacher la vésicule et pouvoir l'extirper complètement avec la prostate elle-même.

b) *Le plan de clivage n'existe plus* : Désenclaver la prostate; *cas le plus fréquent* (V. obs. II). Il y a des difficultés réelles, sinon toujours insurmontables, à extirper la prostate

qui ne se laisse plus énucléer. Le plan de clivage a été absorbé dans l'infiltration de voisinage; une sclérose réactionnelle plus dure que le tissu néoplasique lui-même le ferme. L'index ou un instrument moussé ne se trace, par effraction, que

TECHNIQUE OPERATOIRE SCHEMATIQUE.



de faux trajets dans le magma cancéreux. Les pinces de Muzeux ou les ciseaux deviendront nécessaires : on ne pratiquera, en somme, qu'une large biopsie et, souvent, une énucléation subtotal de la tumeur.

Même lorsqu'un diagnostic précoce semble établi; même lorsque, cliniquement, la tumeur a paru enlevable, cette éventualité malheureuse est possible, comme nous l'avons déjà dit; l'éradication d'une prostate cancéreuse reste toujours bien plus compliquée que l'énucléation dans une hypertrophie pure et simple.

c) Faudra-t-il terminer par l'application de radium?

Desnos, Wilms, Legueu, Marion, y ont eu recours.

Duvergey la réserve à certains cas.

« Envelopper les tubes de radium, protégés d'ailleurs, dans une compresse, le tout formant tampon muni à ses deux extrémités d'une soie solide. Une sonde, poussée dans l'urètre jusqu'à ce qu'elle sorte par la bouche sus-pubienne, viendra chercher un fil de soie du tampon et attirer celui-ci à travers la vessie jusque dans la cavité prostatique. Pour enlever le tampon, tirer sur le fil sortant par la plaie sus-pubienne. » (Marion).

Dans plusieurs cas où les ganglions, inaccessibles même à l'examen et non contrôlables par la radiographie, constitueront vraisemblablement le point mort de l'opération et la grande inconnue des suites, il convient — si on le peut — d'avoir recours à la curiethérapie, sans cependant fonder sur elle d'extraordinaires espérances.

II. — Simplicité des suites opératoires.

1° *Immédiates* :

a) Mortalité opératoire : 10 p. 100 environ, d'après Marion : « supérieure à celle de la méthode de Fuller-Freyer », mais, en 1913, Legueu, L. Strominger, établissaient un chiffre voisin de 35 p. 100. Ces différences tiennent évidemment, en partie, au triage des cas opérables, à leur discrimination.

b) Locales : rarement, une fistule; ni incontinence, ni résidu vésical; cicatrisation rapide; mictions faciles et nombreuses; cathétérisme aisé; constipation améliorée.

c) *Générales* : reprise fréquente de l'appétit, du poids et des forces; érections possibles; l'opéré entre en convalescence presque comme si l'on avait pratiqué un Freyer. Les risques d'une abondante hémorragie et de l'infection ne sont pas particuliers à cette voie.

2° *Eloignées* (d'après Marion) :

a) *Récidives* : 33 p. 100 (allant de quelques mois à quatre ans);

b) *Survie* : 60 p. 100 de un à cinq ans;

c) *Guérison clinique définitive* : 6 p. 100;

d) *Métastases* très rares.

Gayet rapporté une survie de deux ans, sans récives; Leriche une survie sans récives après vingt-sept mois. Boddaert a signalé des succès.

Dans les observations qui font l'objet de notre publication, nous trouvons :

Obs. I : Une guérison, confirmée encore au bout de quarante-quatre mois;

Obs. II : Une récive, constatée au bout d'un an;

Obs. III : Excellent état local et général trois mois après la prostatectomie;

Obs. IV : Guérison rapide, confirmée huit mois après;

Obs. V : Excellent état local neuf mois après;

Obs. VI : Guérison dès le quatorzième jour.

Résultats encourageants, d'autant que la plupart des opérés peuvent, s'ils le veulent, garder assez facilement les urines pendant la nuit; tous se sont déclarés satisfaits de l'intervention.

Un seul cas de légère hématurie (obs. II) a traduit l'évolution néoplasique.

OBSERVATIONS

Espérant que l'on n'arguera pas du petit nombre de nos observations pour réduire la portée de nos conclusions, nous avons estimé inutile de leur adjoindre celles qui ont été publiées çà et là dans la littérature ou de tabler sur diverses statistiques non directement contrôlées. Nous n'avons signalé que des cas vus ou suivis personnellement; nous ne les avons pas choisis.

OBSERVATION I. (Inédite.)

(Docteur BLANC.)

L... (M.), 64 ans, de Châteauneuf (Charente), nous est adressé, en avril 1927, parce qu'il a présenté, il y a quelques semaines, des troubles de dysurie tels qu'il dut être sondé. Il avait présenté antérieurement de petits troubles de prostatisme (pollakiurie nocturne, dysurie matinale).

Au toucher rectal, on trouve une prostate légèrement augmentée, *dure*, bien limitée.

Azotémie : 0. g. 30.

Ph. S. P. : 50 p. 100.

Le diagnostic d'épithélioma probable est porté.

Cystostomie, le 10 avril, sous anesthésie locale.

Prostatectomie transvésicale, le 29 avril, sous rachianesthésie.

Au toucher intravésical, on ne sent plus la déformation adénomateuse qu'on avait perçue lors de la cystostomie. Le col vésical est dur, saillant en avant et sur les côtés, non déformé en arrière.

Le doigt amorce un plan de clivage, mais se trouve vite arrêté.

Avec d'énormes difficultés et en s'aidant du ciseau, on arrive à enlever la glande prostatique elle-même, sur laquelle deux petites masses adénomateuses sont intimement adhérentes.

Aucun incident postopératoire.

La vessie est assez longue à se fermer et se rouvre à deux reprises, après une poussée d'infection vésicale de courte durée. Enfin, la vessie se ferme complètement et solidement. Quelques phénomènes de cystite persistants sont rapidement guéris par des instillations de nitrate d'argent.

A la coupe, la pièce enlevée paraît suspecte.

A l'examen histologique (docteur Bonnard), on constate une masse glandulaire prostatique, adénomateuse par endroits et révélant ailleurs une transformation épithéliomateuse paraissant encore circonscrite.

Le malade, par là suite, est revu périodiquement.

En décembre 1930, il est en excellente santé, et le toucher rectal ne montre absolument rien d'anormal.

OBSERVATION II. (Inédite.)

(Docteur BLANC.)

D., 70 ans, de Ruelle (Charente), vient nous voir, le 5 décembre 1929, pour des troubles de dysurie remontant à un an, s'accompagnant de pollakiurie intense (mictions toutes les demi-heures, nuit et jour), et, en outre, d'incontinence.

Etat général très atteint. Amaigrissement. Soif vive.

A l'examen, globe vésical remontant à l'ombilic. Urines claires; pas de glucose.

Au toucher rectal, prostate légèrement augmentée, *de consistance dure*, bien limitée.

Le diagnostic d'épithélioma prostatique est porté.

Cystostomie le 12 décembre, sous anesthésie locale.

Prostatectomie transvésicale le 13 mai 1930 (l'azotémie ayant mis trois mois à tomber à 0 g. 40), sous rachianesthésie.

Au toucher intravésical, le doigt ne perçoit aucune saillie, qu'un col scléreux et non dilatable. Il semble qu'il n'y ait plus d'hypertrophie prostatique.

Au toucher rectal, la prostate est ferme, bien limitée et semble

peu augmentée. Entre les deux doigts, on perçoit cependant une masse dure, du volume approximatif d'une amande verte. Un plan de clivage est assez difficile à trouver, et l'énucléation, assez rapide cependant (dix minutes), exige un gros effort, l'urètre étant particulièrement très difficile à sectionner au doigt.

La masse enlevée d'un seul bloc paraît dure. A la coupe, elle est sèche, scléreuse, sans corps sphéroïdes. On pense à un épithélioma.

L'examen histologique (docteur Bonnard) montre qu'il s'agit d'un épithélioma atypique.

Le malade, rapidement guéri, est revu six mois après, en excellent état, et, au toucher rectal, la loge prostatique est normale et souple.

Le malade est revu le 21 mai 1931. Il revient parce qu'il a les urines troubles, de la pollakiurie et parfois quelques petits caillots. *L'état général est parfait.*

Au toucher rectal, on trouve une masse régulière, étalée, dure, mal limitée, donnant l'impression d'un adénome dégénéré. Il s'agit d'une *récidive* épithéliomateuse dans la glande ou dans la loge.

On note, de plus, un rétrécissement urétral très serré, à 1 centimètre du méat.

OBSERVATION III.

(Docteur BLANC.)

N... (N.), 70 ans, de Champagne-Mouton (Charente), vient nous consulter, le 18 septembre 1930, pour des troubles de prostatisme : dysurie et pollakiurie nocturne.

Urines claires; résidu nul.

Légère hypertrophie prostatique au toucher rectal.

Un traitement médical est institué. Le 8 janvier, le malade est revu, présentant une pollakiurie assez intense (mictions toutes les heures la nuit; toutes les une heure et demie le jour).

On trouve au toucher rectal une volumineuse hypertrophie prostatique, *un peu trop ferme et assez mal limitée*. L'évolution en

quatre mois a été considérable et le diagnostic de transformation épithéliomateuse à marche rapide est porté.

La *cystostomie* est pratiquée le 25 janvier 1931, sous anesthésie locale. Le 3 février, *prostatectomie transvésicale* sous rachianesthésie. Exérèse difficile. Pas de plan de clivage péri-adénomateux. Le doigt dans la profondeur va ouvrir un passage derrière la glande prostatique et les vésicules séminales. Les déférents sont sectionnés aux ciseaux sur le doigt, et la pièce enlevée d'un bloc. Elle est irrégulière, dure par endroits, et la coupe montre l'aspect grisâtre et lardacé typique de l'épithélioma.

Suites opératoires normales. Guérison.

Malade revu en excellent état trois mois après.

OBSERVATION IV.

L..., 64 ans.

Le malade vient nous consulter, le 9 septembre 1930, pour incontinence d'urines accompagnant un état général grave. Depuis un an, le malade a présenté des troubles de dysurie et de pollakiurie. Il y a quatre mois, la pollakiurie était telle que durant la nuit le malade avait 30 à 40 mictions, jusqu'au jour où l'incontinence s'installe. Peu à peu, l'état général s'affaiblit, l'appétit disparaît, la soif devient vive, et c'est alors que le malade vient nous consulter.

A l'examen, nous trouvons un globe vésical remontant à l'ombilic et une prostate volumineuse, bombant dans le rectum, régulière, *dure par endroits*, et dont le doigt ne peut facilement préciser les limites en raison même du volume de la masse. Le diagnostic d'adénome en voie de dégénérescence est porté.

Nous faisons entrer le malade dans notre service (M. le professeur Duvergey) et nous pratiquons une *cystostomie* d'urgence. L'azotémie est de 0 g. 55, le 10 septembre.

Le 26 septembre, nous pratiquons la *prostatectomie transvésicale* sous rachianesthésie. Pas de plan de clivage net à l'exérèse. Masse enlevée en bloc sans grandes difficultés. Tumeur suspecte à la coupe.

L'examen anatomo-pathologique (prof. Sabrazès) montre qu'il

s'agit d'un adéno-épithéliome de la prostate à petits foyers semencés d'une façon diffuse dans un stroma fibreux.

Suites opératoires normales. Guérison rapide. A été perdu de vue.

OBSERVATION V.

P... (Pierre), 65 ans, entre, le 4 octobre 1930, salle C, lit 9, parce qu'il est en rétention depuis huit jours et obligé au sondage. Il présentait de la pollakiurie nocturne depuis plusieurs années et de la dysurie depuis un an environ.

Jamais de douleur ni de sang. Azotémie, 0 g. 20. Au toucher rectal, on sent une prostate peu augmentée de volume, avec effacement du sillon médian cependant, *assez dure*, semblant bien limitée et enlevable. Le diagnostic est porté d'adénome suspect.

Cystostomie le 6 octobre (docteur Blanc), sous anesthésie locale.

Prostatectomie transvésicale le 29 octobre, sous rachianesthésie (docteur Blanc).

Exérèse assez difficile en raison de l'absence de plan de clivage net. Pièce enlevée d'un bloc, dont la coupe montre qu'il ne s'agit pas d'un adénome banal.

L'examen anatomo-pathologique (professeur Sabrazès) montre qu'il s'agit d'un épithélioma très envahissant.

Le malade sort guéri le 30 novembre 1930.

Revu cinq mois après en excellent état. Revu neuf mois après en excellent état.

OBSERVATION VI.

G... (Jean), 71 ans, entre salle C, lit 5, le 1^{er} mai 1931, en rétention complète aiguë. Le malade présentait depuis quatre ou cinq mois de la pollakiurie nocturne (5 à 6 mictions) avec légère dysurie matinale et des mictions normales le jour. Brusquement, la veille de son entrée à l'hôpital, il est pris de rétention complète, sondé par son médecin à deux reprises et adressé dans le service.

Les urines sont claires.

Au toucher rectal, prostate de moyen volume, bombant peu dans le rectum, étalée, assez bien limitée, de consistance ferme à droite, *très dure à gauche, où la limitation est imprécise*, surtout au niveau de la corne prostatique. Rien à signaler par ailleurs.

Le diagnostic d'adénome prostatique dégénéré est posé, et le docteur Blanc propose l'intervention radicale transvésicale. Azotémie 0 g. 30.

Cystostomie le 14 mai, sous anesthésie locale (docteur Blanc).

Prostatectomie transvésicale le 18 mai, sous rachianesthésie (docteur Blanc).

L'exérèse de la masse adénomateuse, facile à droite, est plus difficile à gauche, où elle est fermement adhérente. Elle est cependant enlevée d'un seul bloc, mais laisse à gauche une loge un peu irrégulière.

A la coupe, on constate l'aspect grisâtre et la dureté de l'épithélioma. Vérification histologique par le professeur Sabrazès : « Tissu qui ne donne pas l'image habituelle d'une hypertrophie prostatique : pas de cavités, pas de revêtements épithéliaux. Sur un fond conjonctif musculaire, îlots très riches en cellules, îlots souvent quasi capsulés. Les éléments cellulaires de ces îlots sont des lymphocytes, des plasmocytes et parfois quelques polynucléaires, des cellules allongées à noyaux un peu en bâtonnet. On ne voit pas de territoires caséux ni de cellules géantes. Dans certains de ces foyers, le tissu épithélial est masqué par les cellules décrites. En un point limité de la coupe, tubes épithéliaux à cellules cubo-cylindriques avec cavités permettant de dire : adéno-épithéliome. Pas de mitoses. »

Suites opératoires normales. Guérison dès le quatorzième jour.

CONCLUSIONS

Même décelée en période d'état, une tumeur prostatique est *avantageusement* justiciable d'une prostatectomie ou d'une prostatovésiculectomie totale, *transvésicale*.

1° La récurrence néoplasique existe avant deux ans; néanmoins, la guérison clinique ayant subi l'épreuve du temps s'observe dans 6 p. 100 des cas.

2° En règle générale, l'extirpation de la tumeur est laborieuse; toutefois, elle doit être complète.

3° La simplicité ordinaire des suites opératoires, la disparition immédiate des troubles fonctionnels et physiques invétérés témoignent d'une précieuse amélioration, d'un changement dont le malade lui-même fait état.

4° La prostatectomie transvésicale évite la taille périnéale; elle n'expose pas à la blessure du rectum; elle pare à une fistulisation hypogastrique définitive; elle permet enfin l'application endovésicale immédiate de radium, si on le juge opportun.

5° Si la prostatectomie dans les néoplasmes de la prostate n'est pas suivie de résultats définitifs bien brillants, *elle est cependant indiquée*, car elle peut être définitivement curable dans quelques cas isolés et rares, et elle apporte dans les autres cas aux cancéreux prostatiques un soulagement passager et l'espoir d'une guérison avec l'impression d'une thérapeutique active.

Vu : Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 novembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BELFIELD. — Report of case of cancer of prostat. *Chicago med. Journ. and Exam.*, 1887, LXV, 435.
— *Journ. of amer. Assoc.*, 1888.
- BARRINGER (Benjamin S.). — Pathologie, diagnostic et traitement du carcinome de la prostate. *Journ. of urol.*, t. XX, n° 4, p. 407.
- BODDAERT. — Cancer prostatique opéré par le procédé de Freyer. Quelques considérations sur le traitement et la fréquence des tumeurs cancéreuses de la prostate. *Journ. de chir.*, et *Ann. de la Soc. belge de chir. de Bruxelles*, 1907, p. 371.
— Prostatectomie transvésicale pour cancer. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1907, XII, p. 430.
- BODDAERT (E.), SCHÖNFELD (H.) et REYER. — Un cas de prostatectomie transvésicale pour cancer de la prostate. *Ann. de la Soc. de méd.*, Gand, 1907, LXXXVII, 125-132.
- BODDAERT (E.), SCHÖNFELD (H.). — Un cas de prostatectomie transvésicale pour cancer de la prostate. *Belgique médicale*, Grand Harlem, 1907, XIV, 303-306.
- CARLIER. — Ablation transvésicale pour cancer de la prostate. *Echo médical du Nord*, Lille, 1909, p. 282, 294.
— Prostate cancéreuse enlevée par voie transvésicale. *Soc. de méd. du département du Nord*, 28 mai 1909.
- CHUTE. (A.-L.). — Traitement du carcinome de la prostate. *Index A. C.*, n° 3.
- CUMSTON (C. G.). — Suprapubic cystostomy; its indications in carcinoma of the prostate with illustrative cases. *New-York Méd. Journ.*, 1913, p. 646.

- DESNOS (E.). — Opérations palliatives chez les prostatiques. *Méd. mod.*, Paris, 1894, V, p. 833-835.
- Opérations palliatives contre le cancer de la prostate. *Assoc. franç. de chir. de Paris*, 1896, p. 550.
- Prostatectomie précoce dans le cancer de la prostate. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, Paris, 1911, i, suppl., p. 149-156.
- EYQUARD. — Thèse Bordeaux, 1906.
- GAUDY (J.) et VAN DOOREN (F.). — Traitement du cancer de la prostate. *Cancer*, Bruxelles, 1924, iii, p. 221-235.
- GAYET (G.). — Cancer de la prostate. Prostatectomie sus-pubienne. *Lyon médical*, 1903.
- Cancer de la prostate; prostatectomie sus-pubienne. *Lyon médical*, 1912, CXV, iii, p. 493-495.
- Traitement opératoire du cancer de la prostate. *Lyon chirurgical*, 1912, ii, p. 53-77.
- GAYET (G.) et PEYCELON. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de la prostate. *Journ. d'urol.*, 1926, t. XXII, p. 425.
- GAYET (G.), CHAMPEL et FAYOL. — Prostatectomie transvésicale pour cancer (vingt mois). *Lyon médical*, 1912, t. I, p. 493.
- GÉRAGHTY (G.-T.) (Baltimore). — Traitement du cancer de la prostate. *The Journ. of urol.*, t. VII.
- HARRISSON. — Remarks on cancer of the prostate and the selection of cases for suprapubic prostatectomy. *Brit. Journ. méd.*, 4 juill. 1903, London, II, p. 1.
- HEITZ-BOYER. — Prostatectomie totale pour cancer. *Assoc. franç. d'urol.*, 1910, p. 656.
- KÜSS. — Prostatectomie hypogastrique pour une hypertrophie de la prostate histologiquement carcinome prostatique ayant envahi la vessie. *Bull. Soc. anat.*, 1905.
- LOUMEAU. — Ablation avec succès d'un gros cancer de la prostate. *Assoc. franç. d'urol.*, 1906, p. 374.
- Cancer de la prostate et cystostomie sus-pubienne. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1917, p. 19-23.

- LOUMEAU. — Cancer de la prostate et prostatectomie transvésicale.
Journ. de méd. de Bordeaux, 1919, XLIX, p. 161.
- Cancer de la prostate et prostatectomie transvésicale. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1919, p. 33-36.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. IX.
- LEGUEU. — Prostatectomie et cancer. *Journ. d'urol.*, 1923, t. XX, p. 411.
- Traité d'urologie médico-chirurgicale.
- LERICHE. — Cancer de la prostate; ablation par voie transvésicale. *Soc. des sciences méd. de Lyon*, 15 déc. 1909.
- Cancer de la prostate; ablation transvésicale. *Lyon médical*, 1910, CXIV, p. 699-701.
- MARION (G.). — Des indications et contre-indications de la prostatectomie. *Journ. de méd. de Paris*, 1920, XXXIX, p. 151-153.
- Traité d'urologie.
- A propos du traitement du cancer de la prostate. *Journ. d'urol.*, 1926, t. XXI, p. 386.
- De la signification des vésiculites chez les prostatiques. *Journ. d'urol.*, t. IX.
- MÜLLER. — Trois cas de prostatectomie sus-pubienne pour cancer de la prostate. *Lyon médical*, 1910, t. II, p. 1043.
- PAUCHET (V.). — Traitement opératoire du cancer de la prostate. *Paris chir.*, 1924, XVI, p. 4-28.
- PIZARD. — De l'ablation des tumeurs localisées de la prostate. Thèse Lyon, 1909, p. 10-11.
- WILDBOLTZ (H.). — Die Erfolge operativer therapie der Prostatakarzinome. *Schweiz. med. Wochenschr.*, 58, 726, 24 juill. 1928.
- YOUNG (H. H.). — The diagnosis and treatment of early malignant disease of the prostate. Tr. Internat. Cong. Med. Lond., 1913, sect. XIV. *Urology*, p. 1-35.
- Tumeurs malignes de la vessie et de la prostate.

